

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список авторов...13

Введение. Психиатрия и психотерапия в современном культурном контексте России и мира *(Э. Г. Эйдемиллер)....* 15

Глава 1. Психоаналитические и неаналитические теории развития личности детей и подростков..29

Психоаналитические теории развития личности *(Н. Л. Васильева)* 30

Неаналитические теории развития личности *(Н. В. Александрова)*..45

Глава 2. Психологическая защита и копинг-поведение у детей *(И. М. Никольская)*..65

Общие сведения о психологической защите 66

Особенности психологической защиты у детей 72

Общие сведения о копинг-поведении..................... 100

Копинг-поведение у детей 103

Психологическая защита и психотерапия.............. 114

Глава 3. Патологизирующее семейное воспитание *(Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис)*.................. 117
Определение 118
Уровень протекции в процессе воспитания............ 118
Степень удовлетворения потребностей ребенка.... 119
Количество и качество требований к ребенку в семье 119
Неустойчивость стиля воспитания (шкала Н)......... 121
Психологические причины отклонений в семейном воспитании.. 123

Глава 4. Методы исследования в детской и подростковой психиатрии *(Э. Г. Эйдемиллер)*... 131
Клинический метод... 132
Психологический метод... 136

Глава 5. Методы психологического исследования психически больных детей *(И. М. Никольская)*... 139
Основные задачи психологического исследования 140

Методы психологического исследования................ 141
Подбор психологических методик для исследования психически больных детей.................................. 158

Глава 6. Многоосевая диагностика психических заболеваний у детей и подростков ***(С. Л.*** *Кулаков)*.. 163

Глава 7. Перинатальная психология и психиатрия *(И. В. Добряков, В. Г. Вахарповский)*............ 175
История развития перинатологии........................... 176
Перинатальная психология.................................... 179
Перинатальная психиатрия.................................... 189

Глава 8. Общая психопатология детей и подростков *(И. В. Добряков)*.................... 217
Введение..218
Ощущения и восприятие... 221
Эмоции..250
Произвольная деятельность 278
Влечения.. 286
Мышление 330
Память... 340
Внимание..350
Интеллект.. 354
Сознание..365

Глава 9. Шизофрения *(Э. Г. Эйдемиппер)*............... 377
Определение и краткий исторический экскурс.......378
Диагностика, клиника и эпидемиология 378
Этиология. Взаимовлияние биологических, психодинамических и социокультурных факторов 381
Классификация и клинические формы...................397
Детский аутизм (F84.0) 399

Особенности шизофрении в подростковом возрасте 401
Лечение шизофрении..402
Шизотипическое расстройство (F21) 408

Глава 10. Аффективные психозы у детей и подростков *(И. В. Макаров)*...................... 411
Определение 412
Эпидемиология 412
Классификация.. 413
Синдромология и клиника 413

Маниакально-депрессивный психоз у детей и подростков....421
Атипичные аффективные психозы у детей и подростков....422
Шизоаффективные психозы у детей и подростков.422
Органические аффективные психозы....423
Особенности лечения аффективных психозов у детей и подростков 424

Глава 11. Эпилепсия *(М. Я. Кисин)*.... 427
Определение 428
История эпилепсии....428
Эпидемиология 430
Этиология....430
Диагностика эпилепсии....432
Современная классификация эпилептических припадков....433
Особенности эпилепсии детского возраста....449
Психические расстройства при эпилепсии....451
Медикаментозное лечение эпилепсии....457

Глава 12. Олигофрения *(В. Г. Вахарповский, И. В. Добряков)*.... 473
Определение 474
Эпидемиология....474
Классификации олигофрении *(И. В. Добряков)* 474
Наследственные заболевания с умственной отсталостью *(В. Г. Вахарловский)* 478
Динамика олигофрении *(И. В. Добряков)* 495
Лечение и абилитация детей с общим психическим недоразвитием *(И. В. Добряков)* 496

Глава 13. Резидуально-органические нервно-психические расстройства у детей и подростков *(И. В. Александрова)*.... 501
Определение 502
Классификация.... 502

Синдромы резидуально-органического поражения головного мозга.. 506
Лечение...522

Глава 14. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства *(Э. Г. Эйдемиалер)*... 525
Определение 526
Эпидемиология... 526
Этиология..526

Классификация и клиника.. 532
Общие неврозы.. 532
Системные неврозы.. 549
Лечение расстройств из рубрик F4 и F9..................555

Глава 15. Расстройства личности (психопатии)
(С. А. Кулаков).. 557
Определение...558
Эпидемиология.. 558
Классификация.. 558
Этиология и клиника..560
Лечение...573

Глава 16. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ *(С. А. Егоров)*...... 575
Клиника зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ)...576
Особенности химической зависимости у подростков 618
Лечение хронического алкоголизма....................... 627
Лечение наркоманий и токсикомании 630
Психотерапия при наркоманиях у детей и подростков 634

Глава 17. Психические расстройства при ВИЧ-инфекции/СПИДе, их особенности у детей и подростков
(Н. В. Александрова)....................................... 651
Введение... 652
Этиология.. 652
Эпидемиология СПИД-деменции.............................652
Эпидемиология ВИЧ-инфекции............................... 656
Психические нарушения у детей, больных ВИЧ-инфекцией/СПИДом....................... 656
Эпидемиология ВИЧ-инфекции у детей 657
Основные симптомы и синдромы психических нарушений, наблюдаемые у детей с ВИЧ-инфекцией............

657
Психотерапия.. 658

Глава 18. Психосоматические расстройства
(Э. Г. Эйдемиплер, О. Ф. Макарова).............. 661
Определение 662
Эпидемиология... 663
Классификация... 665
Этиология... 667
Дифференциальный диагноз.................................. 682

Психологические особенности детей с дискинезией желчевыводящих путей и семейная психотерапия *(М. Ю. Билецкая)*..685
Программа реабилитации подростков......................; 693

Глава 19. Суицидальное поведение *(И. В. Добряков)* 699
Определение 700
Эпидемиология.. 700
Этиология...701
Лечение...707

Глава 20. Фармакотерапия нервно-психических расстройств у детей и подростков
. 714
(И. В. Александрова)...................................... 713
....
Введение ....
Основные принципы фармакотерапии.................... 714
Классы лекарств.. 715

Глава 21. Перинатальная психотерапия *(И. В. Добряков)*... 795
Определение 796
Жизненный цикл семьи 797
Психотерапия семьи, ожидающей рождения ребенка 801
Психотерапия семьи, имеющей новорожденного ребенка...802

Глава 22. Детский психоанализ *(И. Д. Васильева)*. 807
Предпосылки возникновения...................................808
Определение 809
Субъективный мир ребенка.....................................811

Глава 23. Игровая психотерапия детей и подростков *(И. В. Добряков)*..................... 823
Определение 824
Основные направления игровой психотерапии...... 825
Методика игровой психотерапии............................830

Глава 24. Аналитическая психодрама
(Э. Г. Эйдемиппер)... 837
Определение ...., ...838
Теория метода и описание аналитической психодрамы.. 838
Показания и противопоказания к аналитической психодраме .. 849

Глава 25. **Гештальт-терапия** *(С. И. Чаева)*.............. 851
Определение....................*......................................852

Краткий исторический очерк.................................. 852
Теоретические положения гештальт-терапии........853
Принципы гештальт-терапии.................................. 854
Цикл опыта (гештальта)..859
Основные механизмы сопротивления в гештальт-терапии.. 860
Гештальт-эксперимент.. 864
Структура сеанса гештальт-терапии 869

Глава 26. Групповая психотерапия детей и подростков *(Э. Г. Эйдемипаер)*................ 875
Определение 876
Методы групповой психотерапии............................876
Размер групп..877
Фазы групповой психотерапии................................878
Принципы формирования групп онтогенетически-ориентированной психотерапии 879

Глава 27. Методы когнитивно-поведенческой психотерапии *(С. А. Кулаков)*. 883
Определение 884
Принципы когнитивных теорий...............................885
Показания к когнитивно-поведенческой психотерапии... 888
Цели когнитивно-поведенческой психотерапии ... 889
Техники когнитивно-поведенческой психотерапии 895

Глава 28. Семейная психотерапия......................... 905
Семейная системная психотерапия *(С. А. Кулаков, Э. Г. Эйдемиллер)* 906
Аналитико-системная семейная психотерапия *(Э. Г. Эйдемиллер, Н, В. Александрова)*..............936
Постмодернистские методы психотерапии *(Э. Г. Эйдемиллер)* 974

Глава 29. Гипносуггестивная психотерапия детей и подростков *(И.* *В. Добряков)*........ 983
Определение 984

Стадии гипнотического состояния.......................... 985
Этапы проведения гипносуггестивной терапии......986

Глава 30. Лрттерапия — терапия изобразительным искусством *(И. И. Никольская)*.................... 993
Определение 994
Механизмы психологической коррекции
в арттерапии 996

Глава 31. Интегративные и эклектические модели психотерапии *(С. А. Кулаков)* 1001
Особенности детско-подростковой психотерапии 1002
Основные мультимодальные модели психотерапии 1004

Глава 32. Психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств у детей *(И. М. Никольская)* 1019
Распространенность нарушений психического здоровья у детей 1020
Общие сведения о психопрофилактике 1021
Задачи и принципы психопрофилактики нервно-психических расстройств у детей в образовательных и лечебных учреждениях 1037

ПРИЛОЖЕНИЯ 1041
Приложение 1
Организация психиатрической и психотерапевтической помощи детям и подросткам. Основные нормативные документы 1043
Приложение 2
Анализ семейных взаимоотношений (АСВ) 1098
Приложение 3
Схемы последовательности сбора анамнеза и формулирование клинико-психотерапевтического диагноза и заключения 1108

.

СПИСОК АВТОРОВ

1. **Александрова Нина Викторовна,** ассистент кафедры детской психиатрии
и психотерапии СПбМАПО

2. **Билецкая Марина Петровна,** аспирант кафедры детской психиатрии и
психотерапии СПбМАПО

3. **Васильева Нина Леонидовна,** кандидат психологических наук, доцент ка-
федры социальной адаптации и психологической коррекции личности СПбГУ, президент общества детского психоанализа

4. **Вахарловский Виктор Глебович,** кандидат медицинских наук, врач-нев-
ропатолог, врач-генетик лаборатории пренатальной диагностики наследственных и врожденных заболеваний НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН

5. **Добряков Игорь Валерьевич,** кандидат медицинских наук, доцент кафедры
детской психиатрии и психотерапии СПбМАПО

6. **Егоров Алексей Юрьевич,** доктор медицинских наук, профессор кафедры
специальной психологии факультета психологии СПбГУ, заведующий кафедрой клинико-физиологических дисциплин Института специальной педагогики и психологии

7. **Кисин Михаил Яковлевич,** кандидат медицинских наук, доцент кафедры
психиатрии и наркологии с курсом медицинской психологии и психосоматической медицины СПбГМУ им. И. П. Павлова, заведующий Городским эпилептологическим центром

8. **Кулаков Сергей Александрович,** доктор медицинских наук, профессор
кафедры клинической психологии РГПУ им. А. И. Герцена
*

9. **Макаров Игорь Владимирович,** кандидат медицинских наук, доцент, зам.
гл. врача Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия»

10. **Макарова Ольга Фридмановна,** зав. отделением психотерапии реабилитационного центра «Детские Дюны»

11. **Никольская Ирина Михайловна,** доктор психологических наук, профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии СПбМАПО, президент региональной общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков»

12. **Рубина Людмила Павловна,** заслуженный врач РФ, главный врач ЦВЛ «Детская психиатрия», главный психиатр Комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга

13. **Чаева Светлана Ивановна,** кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологической помощи РГПУ им. Герцена

14. **Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич,** профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии СПбМАПО, почетный президент региональной общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков»

15. **Юстицкис Викторас,** доктор юридических наук, профессор Академии Права (г. Вильнюс, Литва)

— Ученый отвечает всю жизнь па вопрос ЧТО.
— Художник всю жизнь отвечает на вопрос КАК.

Из разговора И. Бродского и В. Кривулина (1962)

— Если бы я был в те годы психотерапевтом, а не студентом Ленинградского педиатрического меди цинского института, то, слушая их разговор, ска зал бы, что психотерапия и психиатрия — это от веты на вопросы ЧТО и КАК.

Э. Эйдемиллер (2002)

— Кто был ребенком и сохранил его в себе, тот знает, что такое жизнь.

Мудрость дзэн

ВВЕДЕНИЕ. ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ В СОВРЕМЕННОМ КУЛЬТУРНОМ КОНТЕКСТЕ РОССИИ И МИРА

В настоящее время психиатрия и психотерапия — это те виды духовной практики, которые, с одной стороны, наиболее востребованы населением разных стран мира, а с другой — предмет разногласий и ожесточенных споров в профессиональных кругах.

Психиатрия в настоящее время обретает черты гуманной профессии: на смену стеснению в рамках больниц, жесткому патернализму пришли отношения партнерства между врачом-психиатром, врачом-психотерапевтом, клиническим психологом и пациентом и его родными.

В. Н. Краснов (2000) говорит, что современная психиатрия представляет собой триалог: к лечению привлекаются помимо больных их родственники и схематически эти отношения представляют следующим образом (рис. 1).

С точки зрения системного подхода эти отношения можно изобразить так (рис. 2).

Психиатрия и психотерапия взаимно обогащают друг друга. Современный психиатр умеет учитывать особенности семейного психологического контекста, других социальных сред, в которых функционируют психически больной ребенок, подросток и взрослый.

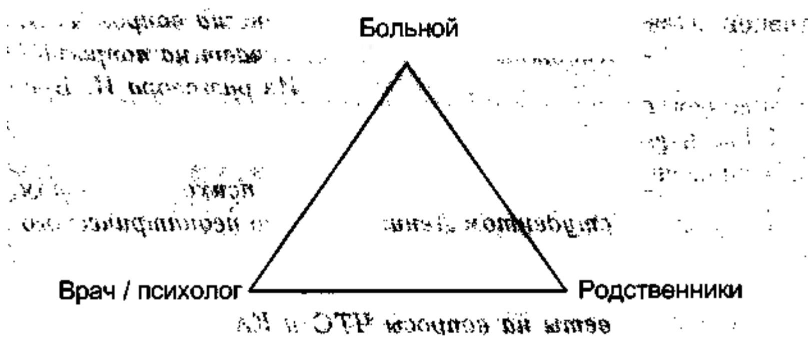


Рис. 1. Схема триалога в современной психиатрии.

Современное лечение психически больных детей и подростков может осуществлять только врач, имеющий профессиональную подготовку в области психиатрии, психотерапии и клинической психологии.

Поэтому, задумывая написание настоящего учебника, коллектив авторов старался соединить вместе данные о психологических особенностях детей и подростков, методах диагностики психических расстройств и их комплексном лечении, которое включает в себя психотерапию и биологические методы лечения.

В трехтомном Американском руководстве по психиатрии под редакцией Сильвано Ариети (1959), помимо описания общей и частной психопатологии, биологических методов лечения психических заболеваний, большое место было отведено описанию различных методов психотерапии.

Нам хочется, чтобы наш учебник имел сходство по структуре изложения с классическим Американским руководством по психиатрии, и мы постарались это воплотить, создавая учебник по детской психиатрии.

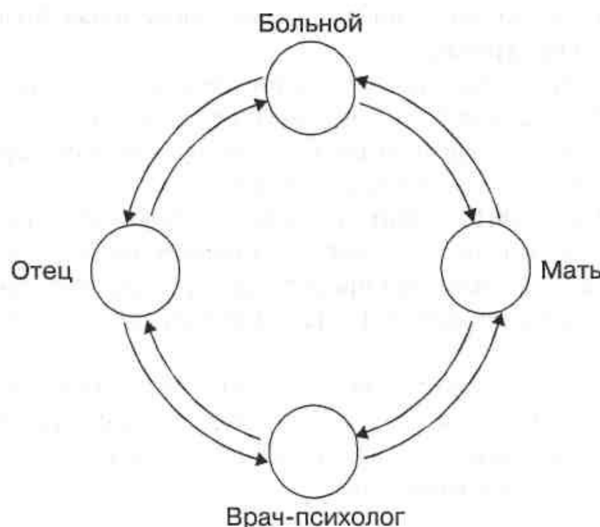


Рис. 2. Схема отношений с точки зрения системного подхода.

Содержание учебника отражает современные представления о месте и роли психиатрии, психотерапии и клинической психологии в лечении психических расстройств у детей и подростков (мы говорим о детской психиатрии, подразумевая, что объектом ее являются дети в возрасте от 0 до 18 лет).

Более 30% объема учебника занимает освещение современных и традиционных методов психотерапии, доказавших свою эффективность в детской и подростковой практике, а также основных принципов и методов психологической диагностики.

К сожалению, во многих руководствах по психиатрии описанию методов психотерапии отводится всего несколько страниц.

Учебник написан сотрудниками кафедры детской психиатрии и психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования и другими известными специалистами, поддерживающими творческие контакты с нашей кафедрой.

Коллектив авторов позволил себе изменить сложившийся порядок изложения методов лечения.

Принципы медикаментозного лечения нервно-психических расстройств у детей и подростков и характеристики основных классов психотропных препаратов, за исключением антиконвульсантов (см. главу 11), приведены в главе 20. Это было сделано потому, что лечение медикаментами детей и подростков вообще, а психически больных в частности, требует большой осторожности и сугубо индивидуального подхода как в выборе препарата, так и его доз. Психотропные препараты имеют, помимо лечебного, мощные и разнообразные побочные эффекты, искажающие как физическое, так и личностное развитие детей и подростков.

Мы согласны с мнением Жан-Пьера Лежандра (1997), директора детского психиатрического и психотерапевтического центра им. Жана Итара в г. Ан-нмасс (Франция): «В лечении психически больных детей необходимо использовать все возможные психологические средства воздействия на психику, чтобы как можно дольше избегать госпитализации и применения фармакотерапии, которые являются не первым, а последним выбором — выбором отчаяния».

Изучение схем и алгоритмов медикаментозного лечения студентами, интернами и клиническими ординаторами требует непосредственного руководства и контроля со стороны преподавателей.

Задача авторов учебника заключалась в том, чтобы построить его как синтез психиатрии, клинической психологии и психотерапии, оттенив возрастные особенности детей и подростков, находящие свое отражение в клинике нервно-психических расстройств, механизмах психологической защиты, приспособительных эмоционально-поведенческих реакциях и др. Именно поэтому авторы допускают повторы с перестановкой акцентов в изложении данных о периодизации психического развития детей.

В настоящее время психотерапия в России переживает бум в своем развитии и превращается в новую самостоятельную специальность. Психотерапия широко

интегрируется в различные области медицины. Психиатрия не исключение.

К сожалению, до настоящего времени в России не было учебника по детской психиатрии, предназначенного для студентов, интернов и клинических ординаторов. Учебник «Детская психиатрия» Г. К. Ушакова (1973) был посвящен психиатрии вообще, а детской лишь в частности.

История становления психиатрии как клинической дисциплины, ее трансформация в современную полимодальную медицинскую специальность, интегрировавшую в себя основополагающие принципы медицины, психологии, неврологии и психотерапии, хорошо известны.

Становление новой специальности (субспециальности «психотерапия» в соответствии с приказом МЗ РФ № 337), определение ее параметров носит в настоящее время драматический характер.

В связи с этим возникает ряд вопросов.

Психотерапия — это медицина или гуманитарная практика? Теоретическими концептами психотерапии является естественно-научная парадигма (каузальная модель) и/или гуманитарная парадигма?

Психотерапия, несмотря на ее длительный исторический путь становления и развития, новая междисциплинарная специальность, основанная на естественно-научной и гуманитарной парадигмах, интегрирующая в себе такие духовные практики (по мере их возникновения), как религия, этика, медицина, философия, педагогика, психология, политика и др.

Психотерапевтическая деятельность в нашей стране, вероятно, не должна быть привилегией одних лишь врачей, но должна осуществляться и психологами, и специалистами по социальной работе, то есть профессионалами, имеющими соответствующую додипломную и последипломную подготовку и несущими юридическую ответственность за свою деятельность.

Следует сказать, что вне зависимости от того, кто будет проводить психотерапию — врач, психолог или специалист по социальной работе, все эти специалисты должны иметь углубленную подготовку по психиатрии и неврологии.

Приведем пример. На занятия групповой психотерапии приходил мужчина 40 лет, который лечился в психиатрическом стационаре с диагнозом: невротическое расстройство. Психолог, проводившая групповую психотерапию, обратила внимание, что мужчина, едва успев сесть в кресло, тут же засыпал. Сон был настолько глубоким, что первоначальная гипотеза, что сон является своеобразной формой защитного поведения, была отринута. Психолог поделилась своей тревогой по поводу необычного поведения пациента в группе с его лечащим врачом. Проведенные рентгенологические исследования выявили опухоль головного мозга, и возникла необходимость в нейрохирургическом лечении.

Знание психиатрии и неврологии позволяет психотерапевту увидеть за заявленными клиентом психологическими проблемами признаки болезни, если она есть, и признаки здоровья, спрятанные за психологическими коллизиями в жизни клиента.

Мы почти не пользуемся термином пациент, а говорим

клиент. Когда семья приходит на прием, психиатру и/или психотерапевту предстоит отве-

тить на вопрос: кто здоров, а кто болен? Симптомы у ребенка — фобии, тики, манкирование учебой, упрямство, грубость — очень часто являются отражением дисфункции семейной жизни.

Что такое психотерапия? Психотерапия — это система психологических воздействий на клиента /клиентов как открытую живую систему с целью оптимизации его /их функционирования. С нашей точки зрения, это определение, психологическое по своей сути, опирается на основные положения системного подхода, которыми наиболее плодотворно пользуются в семейной психотерапии [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкис В., 2000].

Наконец, можем предложить еще одно определение психотерапии, которое тоже относится к психологическим, но в нем в лучшей степени подчеркнуты партнерские отношения психотерапевта и клиента: психотерапия — это психологическое взаимодействие психотерапевта/психотерапевтов и клиента /клиентов, в результате чего осуществляются конструктивные изменения и личностный рост каждого участника взаимодействия.

Можно продолжить ряд определений психотерапии, и это сделают не менее эффективно другие специалисты, но возникает очередной вопрос: почему наши определения являются по своей сути в большей степени психологическими, нежели медицинскими? На это я отвечаю, будучи врачом по образованию и по специальности, что хочу поддержать психологов, оказывающих психотерапевтические услуги, поскольку их роль и место в современном культурном и административном контекстах России являются весьма значительными, но они неравноправны по сравнению с врачами.

Законодательство РФ, регулирующее оказание медицинских услуг, закрепляет это право лечить только за специалистами медицинского профиля и оставляет за скобками деятельность психологов, педагогов, специалистов по лечебной физкультуре без медицинского образования, работающих в органах здравоохранения и вне их. Законодательная база о здравоохранении была создана на основании редукционистских теорий здоровья и болезни и в настоящее время требует существенной модернизации.

Для того, чтобы понять роль и место психиатрии и психотерапии в культурном контексте современной России, необходимо осветить сам культурный контекст в его развитии вообще и в России, в частности.

В развитии культуры выделяют три эпохи [Эйдемиллер Э. Г., 2000; Алек-сандер Ф., Селесник Ш., 1995; Зельцер В., 1999, 2000].

1. Премодерн.
2. Модерн.
3. Постмодерн.

В эпоху премодерна мышление человека было магическим, поэтому главенствующими методами психиатрии и психотерапии, сохранившими свое значение и сейчас, были различные религиозные ритуалы, гипноз и методы психотерапии, основанные на феномене внушения и самовнушения.

Для эпохи модерна, которая условно начинается с работ Р. Декарта и Д. Локка, характерно стремление отыскивать или приписывать причинно-

следственные связи как в природе, так и в поведении людей. Важным инструментом в познании психики становится метод. Это психоанализ 3. Фрейда, основанный на наблюдении и интроспекции, и теория условных рефлексов И. П. Павлова и основанные на ней методы поведенческой психотерапии. Психоневрология, понятие, ассоциирующееся с фигурой В. М. Бехтерева, была попыткой целостного понимания человека и его здоровья, болезней.

Психоневрология была предшественницей биопсихосоциальной модели болезни и здоровья человека Т. Юксскюля и В. Везиака (1963, 1990), согласно которой каждое заболевание рассматривается как страдание на биологическом, психологическом и социальном уровнях.

Здесь следует более подробно остановиться на основных положениях, которые вызывают дискуссии в методологии современной психиатрии и психотерапии: метод, направление, школа и техники.

Метод — это определяемые границы единства и взаимодействия теории и практики. Применительно к психотерапии можно сказать, что, к примеру, психоанализ являет собой две ипостаси — мировоззрение и метод психотерапии.

Направление — это группа методов в психиатрии и психотерапии, имеющих больше сходства, чем различий в теории; имеющих сходство и различие в практическом, то есть технологическом воплощении этих теорий.

В качестве примера сошлемся на психобиологию Адольфа Майера. А. Майер использовал основные положения психоанализа для объяснения психосоциогенеза психических расстройств. Он описал типы реагирования — параноидный, шизофренический, депрессивный и др. В ответ на определенные нарушения во внутриличностном и межличностном пространствах человека формируются так называемые психоневрозы в форме, например, шизофренического типа реагирования с соответствующей клинической картиной [Ариети С, 1959]. В настоящее время многие теоретические положения этого направления в психиатрии подвергнуты ревизии, но близкое к нему направление — динамическая психиатрия — успешно развивается [Аммон Г., 1996; Кабанов М. М., 1998].

Школа — это персонификация направления или метода психотерапии (есть основоположник теории, есть ее методология, концепция и программы обучения, система верификации результатов, исследования эффективности и т. д.). К примеру, психоанализ 3. Фрейда, аналитическая психодрама Д. Л. Морено, гештальт-терапия Ф. Перлса, патогенетическая психотерапия неврозов В. Н. Мясищева, динамическая психиатрия Г. Аммона и др.

Техники — это конкретные технологические действия в рамках психотерапевтического процесса, определяемого параметрами направления или метода. Следует сказать, что техники часто не имеют специфических признаков, позволяющих относить их к тем или иным методам психотерапии. К примеру, работа со стульями в равной степени относится как к аналитической психодраме, так и к гештальт-терапии.

Культура эпохи постмодерна не только включает в себя

признаки предыдущих эпох, но и имеет свои характерные признаки.

— **Принцип ризомы** * [Делез Ж., Гваттари Р., 1976] предполагает новый способ структурирования как в отношении знания, так и мировосприятия в целом. Для понимания этого принципа в наибольшей степени подходят понятия «контекст переживаний», «взаимодействия», «семейный контекст», которые пришли из семейной психотерапии [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Nichols M., 1984, Brown J. H., Christensen D. N., 1999]. Контекст бытия — это поле описания всего того опыта, которое входит в рамки исследования или описания. При этом отсутствует классическое деление на целое, частное, подчиняющее и соподчиненное. Речь идет о неоднородном поле идентичности.

Контекст характеризуется несимметричностью, вследствие чего так называемая периферия бытия может оказаться более значимой, чем «центр». В аналитической психодраме, которой я занимаюсь много лет и которую считаю одним из наиболее универсальных и эффективных методов психотерапии, пригодных для детей, подростков и взрослых, «маленькие» детали, например, уточнение цвета обоев, времени суток, открыты или закрыты двери в комнатах, в психодраме протагониста имеют подчас большее значение для достижения им инсайта и катарсиса, чем формулирование и проговаривание им основной темы. Ризома пришла на смену структуре.

— **Время становления эпохи постмодерна** — весьма подвижная граница, охватывающая конец 20-х годов XX века и наши дни.

— **Критика абсолютизма разума,** так называемого научного познания, основанного на догмате измерения. Помимо измерений в современной психологии наиболее важным стало вслушивание, вчувствование, взаимная эмпатия. Диктатура рационального объяснения, действия, последействия и следствия уступила место созданию и воссозданию контекста множественной интерсубъективности.

— **Критика классической противопоставленности субъекта и объекта.** Согласно этому критерию взаимоотношения психотерапевта и клиента следует рассматривать как интерсубъективные.

На сеансе индивидуальной аналитической психотерапии в случае явлений переноса и противопереноса происходит взаимное выстраивание образов друг друга психотерапевтом и клиентом (рис. 3).

В начальной фазе психотерапии специалист, имеющий личную биографию, соответствующие профессиональные качества, опыт самораскрытия и инвентаризации личного психологического пространства, проницаемые внутренние и внешние границы «Я», демонстрирует клиенту эмпатию, принятие его таким, какой он есть, инициативу. Клиент же предъявляет психотерапевту свои страхи, тревогу, ригидные паттерны эмоционально-поведенческого реагирования, а также — веру и надежду, что психотерапевт ему поможет.

Границы личностного пространства клиента либо размыты, либо жесткие, большая часть его потенциала оказывается невостребованной.

* Ризома — особое строение корневой системы некоторых растений, при которой элементы этой системы так переплетены с почвой, что чрезвычайно трудно распознать, относятся эти элементы к почве или к корням.

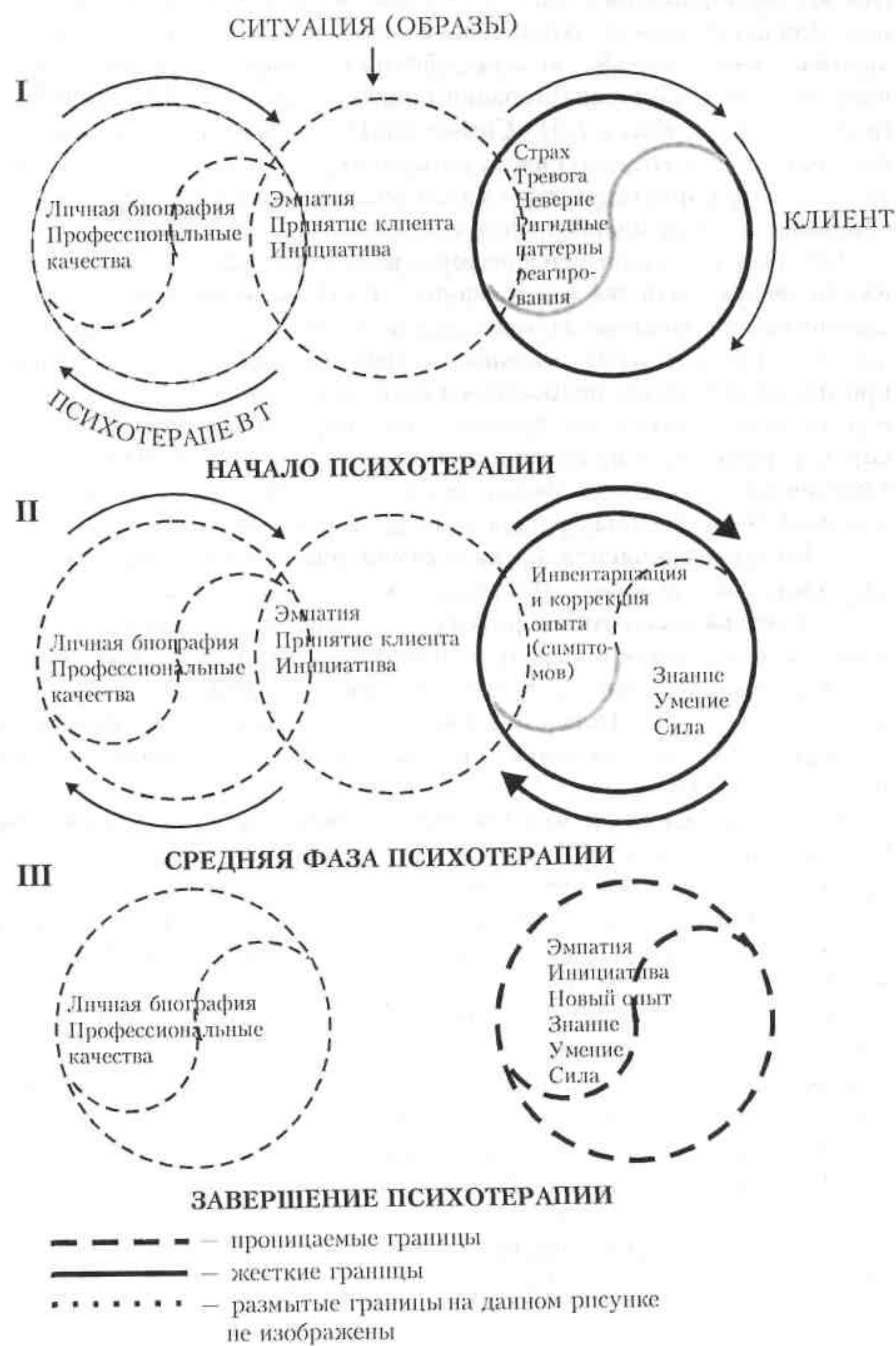


Рис. 3. Фазы индивидуальной психотерапии.

В средней фазе психотерапии продолжается процесс взаимодействия, в котором важнейшими сенсациями являются взаимовосприятие, взаимная акцептация личного материала психотерапевта и клиента, причем психотерапевт, и в этом его сила и профессионализм, усваивает для себя лишь то из материала клиента, что способствует умножению его потенциала и опыта. Границы клиента становятся более проницаемыми, вследствие чего он способен осуществлять инвентаризацию и коррекцию своего и чужого опыта.

На заключительной фазе психотерапии клиент завершает «встраивание» в себя того материала, который образовался в процессе взаимоотношений/ взаимодействий с психотерапевтом, инвентаризацию и коррекцию своего опыта. Наличие проницаемых внешних и внутренних границ позволяет клиенту осуществить интеграцию уже имевшегося опыта и вновь приобретенного. Это полностью самостоятельная аутентичная личность, освободившаяся от зависимости от психотерапевта. Психотерапевт в результате общения с клиентом либо подтверждает, либо подвергает сомнению тот опыт переживаний, который был у него ранее. При профессиональном занятии психотерапией психотерапевт всегда оказывается в выигрыше в выстраивании собственной личности. В случае непрофессионализма противопереносы часто разрушают его личность («синдром эмоционального сгорания специалиста»).

— **В эпохе постмодерна подвергается критике принцип функциональности,** который предполагает жесткое слияние предназначения личности, ее судьбы и аутентичности с выполнением социальных ролей. В тоталитарных обществах принцип функциональности был жестко самодовлеющим, и каждый человек рассматривался как элемент большой государственной машины.

— **Преобладающими теориями в философии и психотерапии становится теория социального конструктивизма и нарративный (повествовательный) подход** [Efren J. S., Lukens M. D., 1992, Seltzer W. J., 2000]. Благодаря работам чилийских биологов Умберто Матурана и Франсиско Варела стало понятным, что так называемые «очевидные» в биологии факты далеко не всегда являются таковыми. Очень трудно отнести тот или иной вид животных, организмов на определенные позиции классификаций. К примеру, большую панду одно время относили к медведям, потом к енотам, потом снова к медведям, причем, оказалось, что и еноты, и медведи являются представителями одной большой семьи.

Суть конструктивизма заключается в осознании того, что наши предположения о мире невозможно непосредственно подтвердить.

«Язык — это самое главное, без него невозможны были бы такие сложные согласования действий в социальном сообществе, и именно поэтому конструктивисты настаивают на том, что человеческие жизни, в сущности, являются «разговорами». Следовательно, конструктивистская психотерапия в фигуральном и буквальном смысле представляет собой особую форму «разговора» [Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкис В., 2000].

Основное допущение конструктивистских и нарративных

психотерапевтов заключается в том, что все, что мы говорим, опирается на какую-то традицию, на то, что мы привыкли что-то понимать каким-то определенным обра-

зом, и все сказанное имеет смысл только в рамках этой традиции. Если что-то вырвать из контекста, то оно потеряет смысл. Если мы поместим фрагмент сообщения в новый контекст, то он будет означать что-то другое. Понимание между людьми возникает в условиях взаимосозданного и взаиморазделяе-мого контекста переживаний. «Стол — это то, что наиболее часто обозначается этим словом» — это утверждение справедливо лишь тогда, когда общающиеся договорились о границах контекста взаимоотношений и о способах проверки качества понимания. При нарушении этих условий «стол» в нашем понимании может трансформироваться в «стул». Основной тезис конструктивистского и нарративного подходов — «практичность» вместо «истинности». Наверно, из всех сфер социального функционирования общение в семье и в ситуации психотерапии имеет больше всего шансов иметь признаки «понимающего общения».

— **Ответственность за свое самоопределение, самоактуализацию является прерогативой самой личности.** Речь идет об ответственном самоформировании (Петер Козловски).

Главенствующей ценностью эпохи постмодерна является свобода, которая предполагает, помимо всего прочего, отказ от завоевательности и расширительное™ в области духовных практик. К сожалению, опыт общения и взаимоотношений психотерапевтов в России является противоречивым: все говорят об объединении, но при этом продолжается конкурентная борьба представителей разных школ, ассоциаций, учреждений и просто отдельных психотерапевтов.

Тема, которая волнует всех, но о чем никто не говорит вслух — это власть и деньги. Кто будет определять параметры специальности, стандарты обучения и сертификации, кто будет иметь большее влияние — это тот неявный в декларировании, но более чем явный в поступках лейтмотив развития психотерапии в современной России.

— **Преодоление научного монизма и декларация множественности форм познания.** Отношения традиционной медицины, в частности, так называемой научной психотерапии с альтернативной медициной и психотерапией характеризуются закрытостью и враждебностью. Причем большую враждебность демонстрирует официальная медицина, а альтернативная медицина отвечает игнорированием официальной медицины.

Даже если мы не знаем механизмов лечебного действия методов нетрадиционной медицины, то мы должны констатировать, что многие целители обладают такими важными качествами, как умение осуществлять присоединение, наводить трансы, стимулировать переносы, вселять веру и надежду. Весь вопрос в том, как будут использованы эти возможности, с какой степенью профессионализма.

— **Наконец, в эпоху постмодерна актуализируются качества готической культуры с ее стремлением к чистоте.**

Функциональность заменяется принципом органичности. Все многообразие природы, человеческого бытия по нимается как взаимосвязанное, как живое, которое развивается по своим за конам. Метафорой этого принципа может служить ландшафт, в котором есть

река, луга, кустарники, деревья, различная живность, которая является самоценной, но ни в коем случае не выступает в роли «младших братьев», небо, солнце и человек, который пытается обучиться неагрессивному существованию.

В настоящее время исследователи насчитывают от 600 до 1000 методов психотерапии [Карвасарский Б. Д., 2000; Макаров В. В., 2000]. Совершенно очевидно, что методов психотерапии значительно меньше, а увеличение количества методов связано с тем, что каждый психотерапевт стремится скорее персонифицировать свой опыт, нежели признаться в том, что он является учеником и последователем другого психотерапевта.

Для того чтобы лучше ориентироваться во всем многообразии методов и техник психотерапии, лучше воспользоваться предложением М. М. Решетникова (2000) и подразделить методы психотерапии по следующим направлениям [Эйдемиллер Э. Г., 2000]:

1) методы психотерапии, основанные на внушении и самовнушении;
2) поведенческая психотерапия;
3) когнитивная психотерапия; последние два направления многие исследователи объединяют [Федоров А. П., 1998; Холмогорова А. Б., 2000];
4) психоаналитическая (психодинамическая) психотерапия;
5) экзистенциальная (гуманистическая) психотерапия;
6) семейная психотерапия.

Разумеется, в современной России одни направления психотерапии лучше развиты, как скажем, первое, второе, а другие — хуже, например, психоанализ и семейная психотерапия.

Отнесение семейной психотерапии к самостоятельному направлению достаточно спорно и имеет больше противников в нашей стране, чем сторонников.

Какие у меня есть основания выделить семейную психотерапию в самостоятельное направление?

Во-первых, собственный психотерапевтический опыт. Мне повезло быть вместе с В. К. Мягер, А. И. Захаровым, Т. М. Мишиной, В. М. Воловиком, В. В. Костеревой и А. С. Спиваковской основоположником семейной психотерапии в СССР и России. Мы поняли, что семья является уникальным социальным организмом, имеющим свои уникальные специфические признаки и свои механизмы функционирования:

1) структура базисных семейных ролей;
2) учение о вертикальных и горизонтальных стрессорах — концепция «патологизирующего семейного наследования» [Эйдемиллер Э. Г., 1990; Nichols M., 1984, Brown J. H., Christensen D. *N..* 1999];
3) семья как живая открытая система, функционирующая в неравновесных условиях;
4) семейные подсистемы и границы;
5) семейные мифы;
6) семейные когнитивные сценарии, «наивная семейная психология» В. Юстицкиса и Э. Г. Эйдемиллера (1990; 1999).

Во-вторых, наличие разнообразных теорий, объясняющих

функционирование семьи как целого.

В-третьих, близость и взаимопроникновение этих теорий в объяснении функционирования семей — психодинамические, системные, структурные, коммуникативные и стратегические теории семейной психотерапии — скорее дополняют друг друга, чем опровергают.

В-четвертых, именно в семейной психотерапии впервые получили свое развитие конструктивистский и нарративный подходы, которые, с моей точки зрения, явились своеобразной интеграцией философии постмодерна, теории и практики психоанализа, системного подхода (общей теории систем Людвига фон Берталанфи), психотерапии, основанной на опыте, по В. Сатир и К. Витикеру.

В настоящее время является доказанным факт, что использование семейной психотерапии в комплексном лечении и реабилитации больных с психозами, невротическими и психосоматическими расстройствами повышает эффективность на 40 % [Эйдемиллер Э. Г., 2000; Макарова О. Ф., 2002].

Авторы учебника построили изложение материалов в соответствии с требованиями МКБ-10, но при этом мы пользовались отечественными традициями преподавания психиатрии и придерживались традиционной классификации психических расстройств у детей и подростков. Из-за этого возникли большие трудности, которые, с моей точки зрения, удалось лишь минимизировать. Некоторые классы расстройств, например, аутизм, энурез, энкопрез и другие, пришлось излагать дважды в главах. Это связано с тем, что данные расстройства полиэтиологичны, и в одних главах акцент сделан на роли психогении в происхождении расстройств, а в других — на биологических (органических) факторах.

В МКБ-10 отсутствует раздел «Психосоматические расстройства», который есть в данном учебнике в связи с их чрезвычайной актуальностью.

Периодизацию психического развития детей и подростков пришлось излагать разным авторам в разных главах (не только в главе 1) в связи с тем, что включение этого материала позволило воспринимать более рельефно формирование психопатологических расстройств, сексуальности и др.

Некоторые классы расстройств не нашли своего отражения на страницах учебника, а некоторые изложены лишь конспективно. Мы отважились включить в учебник в качестве самостоятельной главы «суицидальное поведение». Это связано с тем, что суициды стали в настоящее время одной из самых главных проблем не только и не столько психиатрии, сколько всего человечества.

Надеемся, что это привнесет некоторый аспект дискуссионности, который обычно отсутствует в учебниках.

К сожалению, в России отсуствуют специальности «детская психиатрия» и «детская психотерапия», что сдерживает экспансию соответствующих специалистов в учреждения здравоохранения, образования, социальной защиты, а это в свою очередь негативно влияет на качество предоставляемых медицинских услуг.

Надеюсь, что выход в свет данного учебника хотя бы в малой степени будет стимулировать процесс рождения этих

специальностей и, соответственно, столь нужных подрастающему поколению специалистов.

Вряд ли этот учебник был бы написан, если бы не дружеская поддержка наших родных и близких. Большое им спасибо!

Особая благодарность нашим учителям и коллегам — тем, кого уже нет с нами: Г. Б. Абрамовичу, Е. С. Авербуху, К. М. Варшавскому, С. И. Когану, А. Е. Личко, Н. А. Михайловой, С. С. Мнухину, В. Н. Мясищеву, Д. С. Озерецковскому, А. М. Свядощу, И. Ф. Случевскому, Ф. И. Случев-скому, П. И. Ивайкову и О. И. Тарасовой, К. Витикеру, В. Сатир (США), С. Лебовиси (Франция), Р. Эчкамб (Великобритания).

Для всех нас большая честь, что мы учились и пользовались советами тех учителей и коллег, опытом которых мы имеем счастливую возможность пользоваться и сейчас, благодаря непосредственному контакту с ними: Л. И. Вас-сермана, В. Д. Вида, А. И. Вовка, В. И. Гарбузова, Р. М. Грановской, Ю. М. Губачева, А. И. Захарова, Д. Н. Исаева, Г. Л. Исуриной, В. Е. Кагана, Б. Д. Карвасарского, С. С. Либиха, Ю. В. Попова, Л. П. Рубиной, Б. Е. Микиртумова, В. К. Мягер, В. С. Плаксиной, В. К. Смирнова, В. А. Ташлыкова, А. П. Федорова, В. Д. Менделевича, А. С. Спиваковской, А. Б. Холмогоровой, А. З. Шапиро, Ю. С. Шевченко. Большое спасибо!

Мы не можем не упомянуть словами благодарности замечательных психотерапевтов, которые живут за пределами России и которые щедро делились с нами своим опытом: Ю. Аалтонена (Финляндия), Джил Горел Барнс, Аллана Куклина, Д. Робертса (Великобритания), Ж.-Б. Гильомина и Ж.-П. Лежандра (Франция), Д. Киппера (США), С. Кратохвила (Чехия), Г. Лейтц (ФРГ), К. Хааланд (Норвегия) и многих других.

Этот перечень имен лишний раз подтверждает мнение: никто никого не может научить. Научиться может лишь тот, кто хочет этого. Мы выбрали именно этих людей в качестве Учителей.

Настоящий учебник предназначен для студентов старших курсов медицинских и психологических вузов, интернов и клинических ординаторов.

В заключение хочется пожелать коллегам и ученикам учиться пониманию, терпению и толерантности, расти самим и не мешать росту других.